



安全補助收入 (SSI) 有關葬儀費用的供應
申請人／領取人或其他人的供詞

BURIAL FUND PROVISION SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME (SSI) RELATED
STATEMENT OF APPLICANT/RECIPIENT OR OTHER PERSON

申請人／領取人的姓名

個案姓名

個案號碼

提出供詞的人（如果不是上面的申請人／領取人）

關係

本人瞭解這份供詞將由社會福利服務部所使用。本人在此保證：

本人瞭解 Medicaid 允許將特定基金挪為葬儀之用。

- 本人目前沒有任何基金可挪為葬儀之用。
 本人目前有基金可挪為葬儀之用，且下面的資料據本人所知是真實和完整的。本人在此指定將下面敘述的基金留為葬儀之用。

\$ _____ 為本人所用 \$ _____ 為本人的配偶所用

這些基金存放在另一個帳戶中。

這些基金不是存放在另外一個帳戶中。這個帳戶所結餘的款項是否將做為葬儀之用？

是
 否

這些基金是存放在：

銀行帳戶中；帳戶號碼是 _____

保險計劃中；保險的號碼是 _____ 保險日期是：_____

其他（請說明）：_____

保管您這項基金的銀行、保險公司、葬儀供應者、親戚，或朋友：

名字	電話號碼
----	------

街道地址	城市	州名	郵遞區號
------	----	----	------

名字	電話號碼
----	------

街道地址	城市	州名	郵遞區號
------	----	----	------

本人瞭解本人必須向社會福利服務部報告下列的事項：

- 將此葬儀基金用在任何與葬儀無關的用途上。
- 任何從此帳戶、計劃，或基金中領取或借貸的款項。
- 任何存放到這個帳戶或基金中的款項。
- 任何付給本人或本人的配偶但沒有存放在這個帳戶中的利息。
- 任何其他人壽保險、葬儀契約、現金等等的購買或接受贈予。

本人同時瞭解：如果有任何葬儀基金被用在不是葬儀的其他用途上，則被使用的款項將被視為花用當月的收入，且可能會影響本人的資格。

本人瞭解，任何人若在此申請表中提供假供詞、促成假供詞的提出、提供假證物，或藉此在醫療計劃之下，取得接受服務款項的權利，此人便犯了可受聯邦法及／或州法處分的罪行。

提出供詞者的簽名（名字，別名縮寫，姓氏）／請用鋼筆書寫	日期	電話號碼
-----------------------------	----	------